



Rapport d'atelier - Tétouan Juin 2013

Atelier de renforcement de capacités des intervenants travaillant avec les usagers de drogues injectables



Gilles PENAVAYRE, Chargé de projet CAARUD, AIDES Sud-ouest

Stanislas MOMMESSIN, Chargé de mission programmes internationaux, AIDES

Remerciements

Nos remerciements vont tout d'abord au **Dr Adil Abboudi**, qui a réussi le tour de force d'animer l'atelier, tout en en assurant la traduction. Il a su également fédérer l'équipe des intervenants de terrain du projet UDI de l'ALCS Tétouan autour de la même volonté de renforcer leurs compétences en termes de RDR CPP. Merci encore Adil.

Nous remercions vivement le **Dr Rachid Hasnouni**, Président de la section de Tétouan, pour son accueil chaleureux et la qualité des échanges que nous avons eus en marge de cet atelier.

Nous remercions aussi **Mme Fouzia Bennani**, Directrice Générale de l'ALCS, ainsi que le **Dr Mohammed El Khammas**, responsable national du projet UDI à l'ALCS, pour le travail de co-construction réalisé en amont de cet atelier qui a grandement facilité le déroulement de cette mission.

Nous remercions également **M. Youssef Mezzi**, responsable de la formation à l'ALCS, d'avoir pu dégager un créneau dans son emploi du temps chargé pour permettre le débriefing nécessaire à cet atelier.

Nous remercions grandement **Houda** et **Abdelkarime** pour leur gentillesse et leur grande disponibilité qui nous ont considérablement facilité la tâche pendant toute la tenue de l'atelier.

Enfin, nous tenons à remercier tous les membres de l'équipe d'intervenants de terrain, **Abdelhak**, **Abdenour**, **Ali**, **Amine**, **Hasna**, **Hicham**, **Hossain**, **Mohammed**, **Noureddine**, **Saïd** et **Souhaila**, pour leur engagement et leur grande détermination à lutter contre le VIH/ Sida malgré les obstacles et les contraintes de leur contexte. Nous les remercions aussi pour leur dynamisme et la qualité des échanges dont ils ont fait preuve durant tout l'atelier.

Choukran bezzaf coulchi !

Liste des acronymes

AAI : Accompagnement A l'Injection

AES : Accident d'Exposition au Sang

ALCS : Association marocaine de Lutte Contre le Sida

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques liés à l'Usage de Drogues

CAP : Connaissances/ Attitude/ Pratiques

CPP : Consommateur/ Consommatrice de Produits Psycho-actifs

FG : Focus Group

OD : Over Dose

PEC : Prise En Charge

RDR S/ CPP : Réduction des Risques Sexuels/ liés à la Consommation de Produits Psychoactifs

TS : Travail/ Travailleur/ Travailleuse du Sexe

UD/I : Usage/ Usager/ Usagère de Drogue/ Injectable

VHB/C : Virus Hépatite B/C

Sommaire

Remerciements 1
Liste des acronymes 2

I. Contexte de l'atelier 6
Objectifs de l'atelier 6
L'équipe d'animation 7
Les participants à l'atelier 7
Programme résumé de l'atelier 8

II. Compte-rendu des travaux de l'atelier 9
Règles de vie définies par le groupe 9
Recueil des attentes des participants 9

MODULE 1 : ACCOMPAGNEMENT A L'INJECTION 10
1. Travail sur les représentations 11
1.1 Blason 11
1.2 « La question la plus difficile qu'on m'ait jamais posée… » 13
2. Pratiques d'injection et RDR 16
2.1 Karima et Mustapha 16
2.2 « L'injection idéale » 19

MODULE 2 : IMPLICATION DES USAGERS ET APPROCHE COMMUNAUTAIRE . 20
1. Le focus group comme outil de mobilisation communautaire 21
1.1 Principes du focus group 21
1.2 Animation d'un focus group 22
2. Elaboration d'une grille d'entretien 24
2.1 Travaux du sous-groupe « Femmes usagères de drogue et TS » 24
2.2 Travaux du sous-groupe « Hommes UDI » 25
3. Conception de fiches techniques 27
3.1 Travaux du sous-groupe « Femmes usagères de drogue et TS » 27
2.2 Travaux du sous-groupe « Hommes UDI » 29

MODULE 3 : COUNSELLING ET ENTRETIEN MOTIVATIONNEL 31

1. Les bases du counselling 32
2. Mise en situation d'entretien motivationnel 36

III. Synthèse des évaluations de l'atelier des participants 38

I. CONTEXTE DE L'ATELIER

AIDES et l'ALCS sont des partenaires historiques privilégiés depuis 1987, et co-fondateurs en 2008 de la Coalition Plus. Depuis 2012, un nouveau chantier s'est ouvert entre les deux associations autour de l'Usage des Drogues Injectables (UDI). En effet, face au constat du développement de la pratique d'injection dans tout le Nord marocain, l'ALCS a développé dans sa section de Tétouan, un projet de réduction des risques envers les usagers de drogues injectables dès 2009. Il est important de mentionner que l'ALCS fut le premier partenaire de AIDES à lancer ce type de projet et est aujourd'hui encore l'un des seuls à le faire au Maghreb, voire sur le continent africain. Depuis 2012, AIDES, et notamment la région Sud-ouest en lien avec le siège de l'association, a pu apporter différents appuis à la demande de l'ALCS (une mission exploratoire, différents stages dans les services d'addictologie en France pour les médecins addictologues de l'ALCS, un stage en CARRUD pour deux intervenants de terrain de Tétouan.) Dans la continuité de ces appuis et à la demande de Mohammed El Khammas, responsable national du projet UD à l'ALCS, un atelier de renforcement de capacités de l'équipe des intervenants de terrain a été co-construit avec les programmes internationaux de AIDES et mis en place au mois de juin 2013. Cet atelier de 4 jours visait le renforcement de l'équipe quant à l'accompagnement à l'injection (AAI), l'implication des usagers dans le projet et l'approche communautaire et enfin, les bases en matière de counselling et les techniques d'entretien motivationnel.

- **Objectifs de l'atelier**

Sur un atelier de 5 jours, renforcer les compétences et les savoir-faire des intervenants de terrain de l'ALCS Tétouan en termes :

- D'accompagnement à l'injection

- De démarche communautaire et d'inclusion des usagers dans le projet

- De connaissances de base des techniques d'entretien motivationnel

Cet atelier a été construit sur la base des formations « RDR CPP » et « AAI », qui ont lieu régulièrement à travers le réseau national de AIDES. Il a été adapté en amont au contexte tétouanais, autant que faire se peut et dans la mesure où il s'agissait du premier atelier relatif à l'usage de drogues injectables organisé par les programmes internationaux de AIDES dans un contexte extranational.

L'objectif secondaire de l'atelier consistait à homogénéiser les connaissances et les compétences des intervenants de terrain au sein d'une équipe qui s'est récemment étoffée, puisque 6 des 11 personnes qui la compose sont intervenants depuis un an ou moins d'un an.

- **L'Equipe d'Animation**

Pour conduire cet atelier de renforcement de capacités, la délégation était composée de :

-**Adil ABBOUDI**, Médecin addictologue, bénévole à l'ALCS – Section de Tétouan, spécialiste de la prise en charge médicale des UDI

-**Gilles PENAVAYRE**, Chargé de projet au CAARUD de Pau dans la région Sud-ouest de AIDES, et personne-ressource pour l'atelier, spécialisé dans le montage de projets communautaires avec les UDI

-**Stanislas MOMMESSIN**, Chargé de mission programmes internationaux – populations vulnérables, à AIDES.

- **Les participants à l'atelier**

L'équipe est gérée par un coordinateur, Abdelhak Boutaam, missionné par le siège national de l'ALCS pour accompagner le développement du projet. La coordination du projet, dont les activités se divisent en interventions *outreach* et par l'accueil des usagers au centre fixe, est assurée par un coordinateur, Hicham El Mernissi. Enfin le centre fixe est géré par un responsable, Amine El Khlia. Le projet peut compter sur le soutien d'une secrétaire et d'un chauffeur. Enfin, l'équipe compte 8 intervenants de terrain. L'équipe se caractérise par un développement récent des effectifs puisqu'environ la moitié l'a rejointe depuis moins d'un an. A l'inverse, les membres « historiques » de l'équipe sont présents depuis plusieurs années.

Enfin, seuls deux d'entre eux se définissent comme des anciens usagers de drogues, et la plupart ont un profil et un cursus de travailleur social.

Nom	Prénom	Fonction dans le projet	Ancienneté dans le projet
BOUTAAM	ABDELHAK	Coordinateur national	3 mois
EL MERNISSI	HICHAM	Coordinateur de projet	10 mois
EL KHLIA	AMINE	Responsable du centre fixe	6 ans
EL GHRICH	SAID	Intervenant	2 ans
SALOUH	NOUREDDINE	Intervenant	1 an
AMTIOU	SOUHAILA	Intervenante	3 ans
BOUJLIL	HASNA	Intervenante	6 ans
LADHAM	ALI	Intervenant	6 mois
AMEICH	ABDENOUR	Intervenant	Un mois
MAKHLOUF	EL HOSSAIN	Intervenant	7 mois
NAJI	MOHAMED	Intervenant	6 ans
EL AMRANI	HOUDA	Secrétaire	1 an
MHAMDI ALAOUI	ABDELKARIME	Chauffeur	7 mois

- **Programme résumé de l'atelier**

Mardi 18 juin	Mercredi 19 juin	Jeudi 20 juin	Vendredi 21 juin
10h-11h Accueil, présentation du groupe, recueil des attentes	10h-11h Rencontre avec la fondation DROSOS	10h-11h **<u>Module 3 :</u>** Counselling et entretien motivationnel (1) PRINCIPES DU COUNSELLING	10h-11h **<u>Module 2 :</u>** Implication des usagers et approche communautaire (4) DEBRIEFING FOCUS GROUPES
11h-13h **<u>Module 1 :</u>** Accompagnement à l'Injection (1) REPRESENTATIONS	11h-13h **<u>Module 1 :</u>** Accompagnement à l'Injection (3) PRATIQUE D'INJECTION ET RDR	11h-13h **<u>Module 3 :</u>** Counselling et entretien motivationnel (2) MISE EN SITUATION D'ENTRETIEN	11h-13h **<u>Module 2 :</u>** Implication des usagers et approche communautaire (5) REDACTION DE FICHE ACTION
14h-16h **<u>Module 1 :</u>** Accompagnement à l'Injection (2) REPRESENTATIONS	14h-17h **<u>Module 2 :</u>** Implication des usagers et approche communautaire (1) LE FOCUS GROUPE COMME OUTIL DE MOBILISATION	14h-17h Interventions de terrain : - Accueil centre fixe - Activités outreach (squat, rue…)	14h-15h Evaluation de l'atelier, tour de parole
	18h-20h **<u>Module 2 :</u>** Implication des usagers et approche communautaire (2) FOCUS GROUPE HOMMES	18h-20h **<u>Module 2 :</u>** Implication des usagers et approche communautaire (3) FOCUS GROUPE FEMMES	

II. COMPTE-RENDU DES TRAVAUX DE L'ATELIER

Mode d'emploi…

Ce compte-rendu se veut un outil facilement utilisable et consultable par les membres de l'équipe de l'ALCS Tétouan qui ont participé à l'atelier de renforcement de capacités.

Ce compte-rendu se découpe en trois parties principales correspondant aux trois modules abordés durant l'atelier :

-Accompagnement à l'injection

-Bases des techniques d'entretien motivationnel

-Implication des usagers et approche communautaire

- **Règles de vie définies par le groupe**

-Respect de la parole
-Respect des horaires
-Interactivité et participation de tous
-Non-jugement
-Etre patient
-Liberté de parole
-Confidentialité
-Bienveillance

- **Recueil des attentes des participants**

-Connaitre mieux ce qu'il se passe en France, mutualiser, et adapter les outils à notre contexte
-Avoir des « clefs » pour développer l'estime de soi des usagers
-Avoir plus de connaissances sur l'accompagnement à l'injection
-Avoir plus de connaissances en RDR CPP
-Avoir plus de connaissances sur les risques infectieux du VHC
-Faire un point sur mes connaissances et en avoir d'autres
-Parler du genre et développer des outils pour les femmes
-Pouvoir développer des outils de RDR adaptés à notre contexte
-Développer mes savoir-faire en counselling
-Avoir encore plus de connaissances et de compétences pour viser le changement de comportement des usagers
-Développer le projet en diversifiant les activités
-Mieux défendre les usagers face aux discriminations et à l'hostilité qu'ils subissent
-Mieux savoir conseiller les usagers
-Réduire la différence de connaissances entre les anciens membres de l'équipe et les nouveaux
-Redynamiser l'équipe, retrouver un esprit d'équipe

Module 1

ACCOMPAGNEMENT
A L'INJECTION

Module 1 : Accompagnement à l'injection

1. Travail sur les représentations

1.1 Blason

CONSIGNES
En 3 sous-groupes, les groupes *Sokololo*, *Amel* et *Wifaka*, puis lors de la restitution en grand groupe, les participants définissent un blason divisés en 4 parties :
-Pour moi, l'accompagnement à l'injection, c'est…
-Pour moi, l'accompagnement à l'injection, ce n'est pas…
-Mes motivations quant à l'accompagnement à l'injection
-Mes craintes quant à l'accompagnement à l'injection.

SYNTHESE DES TRAVAUX DES 3 SOUS-GROUPES	
L'AAI, c'est…	**L'AAI, ce n'est pas…**
-Mettre à la disposition des usagers, du matériel propre, à usage individuel et unique -Sensibiliser aux risques du VIH et du VHC → Travailler sur le changement de comportement (inciter à fumer plutôt qu'à s'injecter, viser l'injection « propre ») = dans l'idéal : 1.RDR→ 2.Changement de mode de consommation→ 3. Sevrage -Définir les étapes de consommation (préparation du produits, injection…) et délivrer un message de RDR adapté pour chacune des étapes -Prendre en compte le petit matériel dans les risques infectieux (cupule, filtre…) → MAIS chaque consommateur est unique ! Les messages doivent être adaptés à chaque situation en fonction de la pratique et de la situation -Pouvoir intervenir pendant que la personne s'injecte pour corriger ses gestes si nécessaire -respecter la volonté de l'usager → Je dois avoir l'accord de la personne pour l'accompagner et me placer au même niveau qu'elle -Pouvoir agir en cas d'OD/ faire des soins primaires -Etre dans le communautaire -Encourager à ne pas partager son matériel -Encourager à ne pas jeter son matériel n'importe où	-Distribuer du matériel de prévention -Un ordre/ une injonction au changement de comportement -Caritatif -Etre supérieur -Etre arbitraire -Etre en position du « je sais tout », « je sais mieux que toi ce qui est bien pour toi » -Injecter la personne à sa place -Encourager l'UDI à acheter de la drogue -Avoir des messages « descendant »

Module 1 : Accompagnement à l'injection

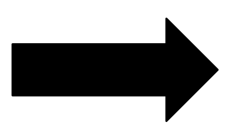
Motivations	Craintes
-Limiter/ réduire les risques infectieux des UDI -Limiter/ réduire les risques de discrimination, de stigmatisation des UDI → dimension épidémiologique mais aussi sociétale -La confiance qui nous lie aux UDI -Les convictions en les droits humains, (droits à la vie, à la santé, à la non-discrimination) -Participer au changement de comportement -Etre acteur du changement -Participer à la lutte contre les pandémies	-La résistance au changement et l'impact sur la santé de l'UDI qui refuse de changer -Etre confronté à une OD et ne pas savoir la gérer (ne pas reconnaitre les symptômes, ne pas savoir quoi faire) -Etre confronté à l'insécurité et aux agressions (des endroits d'intervention *outreach*, de l'UDI en manque, de la police…) -Les AES (pour l'intervenant) et les risques infectieux -De faire passer de mauvais messages -La drogue de mauvaise qualité -Le contexte : pas de méthadone, pas de traitements VHC -Etre trop sollicité par les UDI, devoir être la personne qui doit résoudre tous ses problèmes

- **Points principaux débattus suite au blason**



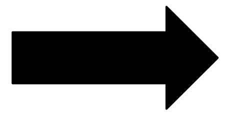
LA POSTURE DE L'INTERVENANT

Un intervenant agit au-delà de la sensibilisation. Il se place comme un pair auprès de l'UDI, interagit avec lui sur un même pied d'égalité, en essayant d'adapter son discours et ses messages de RDR à ses pratiques et à son environnement.



QU'EST-CE QU'ON ENTEND PAR CHANGEMENT ?

Le changement vise la réduction des risques par l'adoption de pratiques à moindre risque, pour la personne elle-même. Le changement de comportement appartient à l'usager. Le changement s'inscrit dans le temps et nous implique tous : intervenant, UDI, médecins, associations…



LA REDUCTION DES RISQUES

C'est l'accompagnement à l'injection à moindre risque, en fonction du contexte d'intervention et de ses éventuelles contraintes (interventions en squat VS interventions au centre fixe), du contexte et de l'environnement de la personne, de ses pratiques, de ses rituels de consommations, des produits qu'elles consomment…

1.2 « La question la plus difficile qu'on m'ait jamais posée… »

CONSIGNES
Individuellement, chaque participant écrit la question la plus difficile qu'on lui ait posée sur le terrain, ou qu'il se pose lui-même à propos de l'UD. Chaque participant tire une question dans un pot commun, tente d'y répondre, puis en débat avec le groupe.

- **Quelles sont les origines de la dépendance ? Sommes-nous prédisposés ?**

Synthèse des échanges

La dépendance est certainement optimisée par des facteurs sociaux ou psychologiques. En tant qu'intervenant, ce n'est pas à nous de nous prononcer sur le degré de dépendance d'une personne ou les raisons éventuelles de son/ ses addictions. En revanche, son environnements et ses pratiques de consommation peuvent orienter le discours un de RDR qui doit être centré sur la personne. Attention à nos représentations ! Nous ne sommes pas des psychologues qui soignons des malades : nous intervenons dans le champ de la prévention et de la RDR.

- **Quand un usager a les veines abimées, comment le convaincre de changer de mode de consommation, de ne pas plus s'injecter ?**



Synthèse des échanges

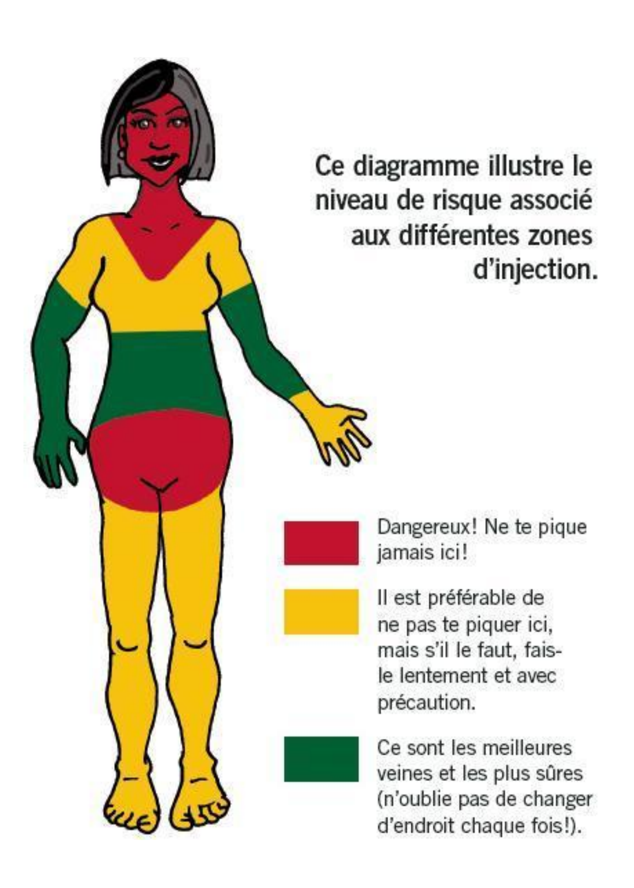
Comment convaincre une personne de changer son mode de consommation et/ ou de ne pas s'injecter ? Comment composer avec les résistances aux changements d'un UDI, malgré son état de santé qui se dégradent ?

-L'injection est la pratique la plus risquée au niveau des risques infectieux et au niveau du capital veineux.

-On peut interroger la personne sur ses motivations : pourquoi il veut absolument s'injecter ?

-On peut l'inciter à fumer son héroïne. L'objection la plus répandue est que les effets du produit sont moins intensifs. Autre alternative à l'injection intraveineuse : l'injection rectale, aussi efficace en termes d'intensité d'effets psycho-actifs, mais la pratique est très tabou…

-On peut inciter l'UDI à changer régulièrement de zones d'injection pour laisser aux veines le temps de cicatriser.



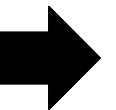
Module 1 : Accompagnement à l'injection

-On peut aussi tenter avec lui de trouver d'autres veines. Pour faciliter la recherche de veine, on peut utiliser un garrot, faire couler de l'eau tiède sur la zone où l'on veut s'injecter ou la frotter avec sa main. On peut aussi ouvrir et refermer le poignet plusieurs fois de suite, ou encore faire des moulinets avec les bras.

-On peut montrer à l'UDI comment s'injecter en abimant moins ses veines : place l'aiguille selon un angle de 35° de la surface de la peau, orienté dans le sens du flux sanguin, vers le cœur.

La question des contraintes liées au contexte marocain : le matériel de RDR est plus limité (un seul modèle de seringue, les seringues à insuline non accessible…) et pas toujours adapté au terrain : « Une fois, le Fonds Mondial nous a fait parvenir tout un lot de seringues. Les usagers n'avaient pas l'habitude et ne les ont pas utilisées. Résultat : ils ont partagé leur seringue pendant des mois ! »

- **Quels sont les objectifs d'un programme de RDR CPP ?**



Synthèse des échanges

Un programme de RDR vise le changement :

-Le changement de comportement : réduire les risques liés à l'UD, ou « minimiser les dégâts ». On se situe dans une logique de RDR, pas de lutte contre la drogue.

-Le changement social : plaider pour l'accès universel et gratuit aux produits de substitution comme la méthadone qui n'est pas encore disponible à Tétouan, plaider pour l'accès aux traitements VHC indisponible au Maroc.

- **Quels sont les principes de la méthadone ? Pourquoi n'est-elle pas disponible à Tétouan ? (NB. Les questions concernant la méthadone sont revenus 4 fois)**

Synthèse des échanges

La Méthadone est l'un des traitements de substitution à la consommation de drogues injectables qui sert à palier la dépendance aux produits, sous forme de sirop. En agissant sur l'état de manque, elle casse le cercle vicieux consommation → manque → recherche d'argent → consommation… et facilite de ce fait l'intégration sociale des UDI dont les journées ne sont plus rythmées par la seule recherche du produit.

Elle se prend tous les jours.

Intervention de Mme Fouzia Bennani, Directrice de l'ALCS :

« La méthadone sera disponible très prochainement à Tétouan, probablement dans les semaines qui suivent. Et c'est une très bonne nouvelle pour les usagers ! Malheureusement, c'est l'association RDR-Maroc qui a conventionné avec la Fondation Mohammed V. Pour autant, les choses ne sont pas figées : vous avez une grande expérience de terrain, la confiance des usagers, vous disposerez bientôt

d'une unité mobile, nos médecins sont formés à la prescription de méthadone… bref toutes les conditions sont réunies pour que la section de Tétouan participe à ce projet. »

- **Quelle RDR pouvons-nous mener dans un contexte marocain particulier ?**

<u>Synthèse des échanges</u>

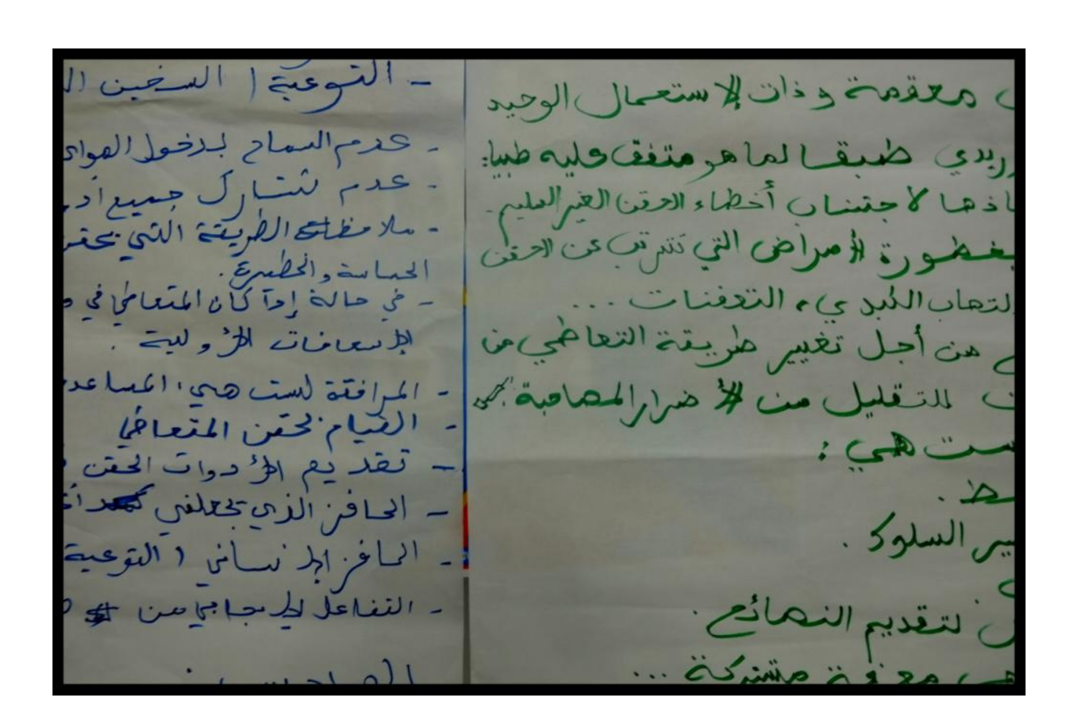
Les principaux obstacles dans le contexte marocain sont les traditions (religieuses et sociales) et la législation.

-On peut travailler sur le changement de l'environnement pour une meilleure acceptation des usagers avec les associations de quartiers par exemple.

-On peut travailler avec les leaders religieux et les UDI pratiquants

-On peut interpeller les pouvoirs publics : l'accessibilité de la méthadone à Tanger, et bientôt à Tétouan est un bon exemple du travail de transformation sociale accompli grâce aux associations.

-Autre exemple de transformation sociale accomplie grâce au programme de RDR CPP : le programme d'échange de seringues. Même s'il reste encore beaucoup d'efforts à faire pour que les UDI ne jettent pas leur matériel n'importe où.



2. Pratiques d'injection et RDR

2.1 Karima et Mustapha

CONSIGNES
En 2 sous-groupes, selon 2 profils très différents d'injecteurs, Karima et Mustapha, identifier les pratiques de consommation et les prises de risques et y associer un message de RDR à chacune des étapes, avant une restitution en grand groupe.

- **Profil de Mustapha, 32 ans**



« …Il est injecteur d'héroïne depuis de nombreuses années, mais vu la mauvaise qualité du produit, il ne filtre ni ne chauffe son produit pour être sûr de ne rien perdre. Il utilise du citron pour diluer le produit.
Il a beaucoup d'abcès, surtout au niveau des jambes, et un capital veineux très détérioré. Il a déjà été hospitalisé pour un abcès à l'aine.

Il gare les voitures pour se payer un dicime à 50 dirhams quand il peut. Il consomme dans un terrain vague, proche de son lieu de travail. Il jette sa seringue sur place et repart travailler pour se payer un dicime, et ainsi de suite.
Il est en rupture familiale et dort en squat. Il est mal vu par sa famille, son quartier et par le pharmacien qui refuse de lui délivrer les calmants que le médecin lui a prescrit pour calmer son manque.
Vous intervenez dans le terrain où Mustapha s'injecte… »

- **Restitution du sous-groupe « Mustapha »**

Le groupe a choisi de présenter un tableau :

Constat pratiques d'injection	Risques associés	Messages de RDR des intervenants	Constats sociaux	Réponses des intervenants
-Ne chauffe pas son produit, ne filtre pas son produit	-Abcès, détérioration des veines, OD	-Consommation alternative à l'injection (fume…)	-Rupture familiale, sociale	-Médiation familiale, avec le pharmacien, les associations de quartiers
-S'injecte toujours dans la même zone d'injection	-Détérioration du capital veineux, VIH, VHC	-Changer de zone d'injection -Aider à trouver d'autres veines -« bobologie »	-Précarité	-Orientation vers les structures d'insertion -L'inciter à déclarer son activité
-S'injecte dans un terrain vague	-Manque d'hygiène	-Message élémentaire sur l'hygiène (se laver les mains, nettoyer la zone d'injection		

-Utilisation de citron	-Champignon/ infections fongiques	-Utiliser un citron frais		
-Jette ses seringues	-VHC, VIH pour les personnes extérieures	-Inciter à utiliser les containers, ou à défaut une bouteille en plastique		

- **Profil de Karima, 31 ans**



Elle est divorcée. Elle est professionnelle du sexe pour l'argent en espèce ou parfois des produits. Elle vit seule dans un appartement qui lui sert de lieu de travail et de consommation de produit.

Elle s'injecte de l'héroïne depuis peu. Au début elle fumait, mais elle est passée à l'injection pour ressentir plus d'effets. Elle s'injecte 6 ou 7 dicimes par jour.

L'éducatrice paire qui a la confiance de Karima, amène l'équipe dans son appartement car elle se plaint de sa mauvaise santé et parfois, de sa difficulté à négocier le préservatif avec ses clients.

Elle se plaint aussi des violences policières régulières. Elle a fait notamment de la prison pour prostitution.

Vous intervenez dans l'appartement de Karima, qui a visiblement beaucoup de difficultés et de méconnaissances sur l'injection…

- **Restitution du sous-groupe « Karima »**

Le groupe est confronté à une double problématique :

- L'UD, qui nécessite des messages de RDR CPP
- Le travail du sexe, qui nécessite des messages de RDRS

❖ Les atouts de l'équipe d'intervenants :

-La confiance que Karima témoigne envers l'éducatrice-paire.

-La communication aisée sur ses pratiques et sa vie sociale aide à cerner la situation

-Etre dans son appartement : permet l'écoute, le dialogue, de faire le point… (VS squat)

Messages de RDR CPP :

➔ Evaluer ses connaissances des risques liées à l'injection : le « bon » geste, abcès, hygiène élémentaire, non partage des seringues et du petit matériel (cupule, cuillère…)

➔ Au regard de ses connaissances, évaluer les risques éventuels physiques ou infectieux et adapter les messages de RDR à sa situation

- L'alerter sur l'augmentation de sa consommation, la question de la dépendance, son passage de la fumette à l'injection pour ressentir plus d'effet, et l'inciter à diminuer les doses.
- L'inciter à fumer comme avant plutôt que s'injecter pour diminuer les risques

Messages de RDRS

- Identifier avec elle les situations où elle ne parvient à négocier le port du préservatif : est-ce lié au manque ? au besoin d'argent ? au manque d'estime de soi ? est-ce lié aux clients lui-même ? Et comment elle peut y remédier.
- L'inviter à participer à des activités collectives réunissant les femmes CPP et/ ou TS
- L'inciter à faire un test de dépistage VIH

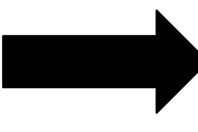
- **Points principaux débattus à la suite de l'exercice**

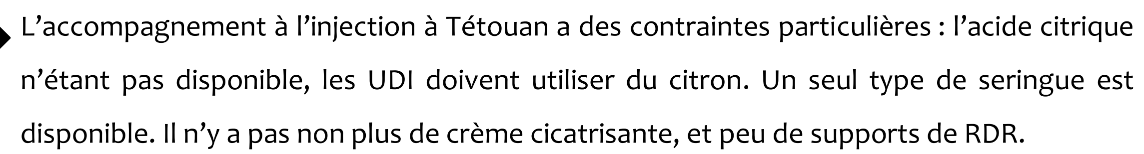


L'accompagnement à l'injection nécessite une **approche globale** qui prend en compte les pratiques de l'UDI mais également son environnement social. Mais quelles sont les limites et les contours de notre rôle d'intervenant ? Nous sommes confrontés à des situations de détresse. « Nous ne pouvons pas répondre à tout » :

-Nécessité de nouer des partenariats avec les structures de PEC sanitaires et sociales pour pouvoir orienter

-La possession d'une seringue peut causer une arrestation : nécessité de mener un plaidoyer sur la base des constats de terrain et de dénoncer ce qui semble injuste, pour transformer l'environnement





L'accompagnement à l'injection à Tétouan a des contraintes particulières : l'acide citrique n'étant pas disponible, les UDI doivent utiliser du citron. Un seul type de seringue est disponible. Il n'y a pas non plus de crème cicatrisante, et peu de supports de RDR.

-Nécessité de développer des **outils de RDR adaptés au contexte** (flyers, videos…) sur la base des pratiques des usagers pour viser le changement.

Etre confronté ou composer avec la **résistance aux changements** de la part des usagers est difficile, quand ils refusent de réduire le risques. Mais le changement c'est aussi le fait que la situation ait évolué à Tétouan depuis 2009, quand le projet a démarré, en lien avec les usagers :

-La mise en place du ramassage des seringues, avec des règles incitatives (1 kit rendus, 3 kits donnés)

Module 1 : Accompagnement à l'injection

-La création du kit d'injection

2.2 « L'injection idéale »

CONSIGNES

Muni d'un kit d'injection, un des participants se désigne pour faire une démonstration de l'injection idéale, puis le groupe commente.



ETAPES	POINTS DE VIGILANCE
1. Avant la préparation	1. Se laver les mains
2. Déposer le produit dans la cupule	2. Risque VHC : ne pas mettre ses doigts dans la cupule, utiliser le manche amovible. Risque d'injection de particule non-dissoute : écraser le produit le plus finement possible dans son emballage d'origine.
3. Ajouter 2 gouttes de citron	3. Risques d'infections fongiques : utiliser un citron frais
4. Ajouter 4 gouttes d'eau distillée	4. Risque de contamination bactérienne : Veiller à ce que le flacon ne soit pas percé, ne pas utiliser d'eau du robinet
5. Faire chauffer le produit jusqu'à une faible ébullition	5. Plus le produit est dilué, moins le risque de s'injecter des particules non-dissoutes est important. La haute température tue les éventuelles bactéries
6. Aspirer le produit avec la seringue à l'aide d'un filtre	6. Filtrer les particules les plus épaisses. Risque de VHC : ne pas partager le même filtre avec d'autres UDI
7. Identifier la zone d'injection	7. Identifier ses veines à l'aide d'un garrot, nettoyer la surface de la peau avec un coton imbibée
8. S'injecter le produit	8. Procéder doucement, dans le sens du flux sanguin. Risque de détériorer ses veines : ne pas réutiliser sa seringue. Risque VIH/ VHC : ne pas partager sa seringue

- **Ressources**

-Film institutionnel de RDR UD (adresse URL)

-Film réalisé par le CAARUD de Pau (adresse URL)

Module 2

IMPLICATION DES USAGERS
ET APPROCHE COMMUNAUTAIRE

1. Le focus-group comme outil de mobilisation communautaire

- **PROJECTION DU POWERPOINT « Le focus group comme outil de recherche et de mobilisation communautaire »**

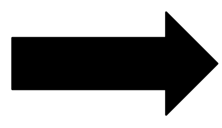
1.1 Principes du focus-group

- Le focus groupe est un type d'entretien de groupe qui dure **1 à 2 heures**, composé de **5 à 12 personnes concernées par une même problématique** et/ ou une intervention.
- Il est destiné à obtenir des **informations relatives à des opinions, des attitudes et des expériences ou encore à expliciter des attentes** vis-à-vis de cette problématique ou de cette intervention.
- Lorsqu'il regroupe des personnes aux points de vue, aux expériences ou aux pratiques différentes, il permet à la fois l'**expression et l'explication des différences de points de vue, et le débat et l'approfondissement de leurs opinions.**
- Le FG est conduit selon une **grille d'entretien**[1] préalablement construites autour de thèmes généraux auxquels on fait correspondre des hypothèses à vérifier ou à infirmer.



Destiné à obtenir des informations relatives aux CAP des UDI face à l'usage de drogues et les risques sanitaires liées à leur consommation.

- Le FG est une **méthode d'enquête qualitative** rapide.
- Le FG est à mi-chemin entre le groupe de **consultation** et le groupe de **discussion**
- Le FG permet d'associer les bénéficiaires d'une intervention à son processus d'élaboration et donc de **les rendre acteurs**



Le FG peut être un levier de mobilisation communautaire des UDI, quand il s'agit d'élaborer ou d'étoffer un programme de RDR, en consultant au préalable la population auquel il est destiné et en l'associant au processus d'élaboration.

[1] Voir le point 2 du module 2 p. 23 : Elaboration d'une grille d'entretien

1.2 Animation d'un focus group

Rôle de l'animateur et de l'observateur/ transcripteur

- Un FG est menés par un **animateur** principal maîtrisant les thématiques et les enjeux de la problématique, les techniques d'animation de groupe et parlant la langue des participants.
- L'animateur est secondé par un **observateur/ transcripteur** qui retranscrit synthétiquement mais fidèlement les propos, les débats, les différences de points de vue ou de pratiques des participants.
- L'observateur peut également seconder l'animateur dans l'animation du focus-groupe lorsqu'il s'agit de recentrer les débats, rappeler le cadre de l'échange (liberté de parole, respect des opinions différentes, etc.). Il soutient l'animateur s'il le sent en difficulté…

Techniques de base pour animer un focus-groupe (1)

- Disposer les personnes en cercle afin de favoriser les échanges sur une base égalitaire
- Vos questions sont **ouvertes, simples, dénuées de jugement, neutres**
- S'assurer que toutes les personnes puissent s'expriment en relançant les participants les moins bavards : « *Et vous autres, qu'en pensez-vous ?* »
- Recadrer les débats si nécessaires quand ils sortent de l'objectif principal

Points de vigilance

- ➔ **Le focus groupe ne doit pas devenir une somme d'entretiens individuels. Il faut donc veiller à créer et maintenir une interaction dynamique entre les participants.**
- ➔ **Eviter les débats interindividuels entre deux personnes qui cherchent à se convaincre mutuellement…**
- ➔ **Equilibrer vos interventions en tant qu'animateur : ce sont les participants qui doivent s'exprimer, les animateurs lancent les sujets de discussion et canalisent les échanges.**
- ➔ **Attention aux propos orientés (politique, religion…)**
- ➔ **Le FG n'est pas une séance de sensibilisation ! L'animateur doit laisser les participants s'exprimer librement sur leurs connaissances sans intervenir**

Techniques de base pour animer un focus-groupe (2)
Poser le cadre

- L'animateur et le transcripteur se présentent rapidement

- L'animateur informe les participants de la **durée** de l'entretien

- L'animateur énonce clairement l'**objectif** de l'entretien aux participants (Exemple : « *Nous souhaitons mettre en place une permanence hebdomadaire ouverte uniquement aux femmes usagères de produits au centre fixe. C'est pourquoi nous avons besoin de recueillir votre point de vue…* »)

- L'animateur précise le **cadre** de l'entretien :
  - **Confidentialité et anonymat** : la condition *sine qua non* au bon fonctionnement de l'entretien car les thématiques abordées sont taboues (usages de drogue, sexualité, travail du sexe…) L'animateur s'assure que tout les participants sont d'accord.
  - **Anonymat** de la retranscription : les propos sont retranscrits mais pas les personnes qui les ont tenus. Les propos sont le matériau que l'on veut recueillir. L'animateur s'assure que tous les participants sont d'accord.

- L'animateur précise le **cadre des échanges** : il s'agit d'échanger de points de vue = respect des opinions et des pratiques de chacun, non jugement. Démarche positive, constructive. L'animateur rappelle également que le bon fonctionnement de l'entretien se base sur la participation de chacun



2. Elaboration d'une grille d'entretien

CONSIGNES
En 2 sous-groupes, élaborer une grille d'entretien en faisant correspondre chacun des items à une hypothèse à vérifier, éclaircir ou infirmer, et en tenant compte de l'objectif principal de chacun des 2 focus group :
-Pour le FG « hommes UDI » : ***Collecter des informations utiles à la création d'outils et de supports de RDR adaptés au contexte de l'UDI à Tétouan (flyers, videos, ateliers collectifs, affiches…) et impliquer les usagers dans leur conception.***

-Pour le FG « Femmes usagères de drogues (injectables ou non injectables) et TS » : ***Collecter des informations utiles à la mise en place d'une permanence hebdomadaire ouverte uniquement aux femmes au centre fixe.***
Restitution, commentaires et validation des grilles par le grand groupe, avant l'organisation des focus-groups les 19 et 20 juin. Enfin, chaque sous-groupe désigne un animateur et un transcripteur.

2.1 Travaux du sous-groupe « femmes usagères de drogue et TS »

GRILLE D'ENTRETIEN ET SYNTHESE DES ECHANGES DU FOCUS-GROUPE « FEMMES USAGERES DE DROGUES ET PROFESSIONNELLES DU SEXE » DU JEUDI 20 JUIN 5 participantes toutes CPP et TS, âgées de 25 à 40 ans.
I/Liens entre l'usage de drogue et le travail du sexe
Questions corrélées Est-ce que vous faites une relation sexuelle pour l'argent ? pour la drogue ? Est-ce que le sexe et la CPP vous apportent du plaisir ? Est-ce que le client te permet de consommer devant lui ? Est-ce que tu exerces le sexe dans les lieux de vente de drogues ? Est-ce qu'il est facile de négocier le préservatif avec le client ?
Hypothèse La CPP motive ces femmes à être TS pour pouvoir payer leurs produits.
Synthèse des échanges La plupart des femmes fument de l'héroïne. Certaines ont déjà tenté de s'injecter, mais elles fument leur produit essentiellement. Il est très rare d'avoir une relation sexuelle en échange de produits. Le plus souvent, elles ont une relation sexuelle contre de l'argent, puis elles achètent leur produit. La raison qu'elles évoquent est que lorsque les clients découvrent ou savent qu'elles sont CPP, ils ne les paient pas, sous peine de les dénoncer aux autorités, car ce sont des proies faciles pour la police. La plupart ont déjà séjournée en prison. Parfois elles sont raflées par la police sans aucune raison apparente. Outre la police, le regard de la société sur elles est très dur, en tant qu'usagère et en tant que TS : elles sont désignées comme des hors-la-loi, des délinquantes, des voleuses…Les religieux ont également fait une fois de la propagande contre elles en distribuant des tracts dans la rue. Leur consommation est donc volontairement cachée du client. Pour la même raison, elles ne consomment pas non plus devant eux. En revanche, elles consomment directement sur leur lieu de travail, dans les lieux de passe. Elles déclarent avoir du mal à négocier le préservatif avec le client, et surtout lorsqu'elles sont en manque, et ce de manière régulière. Toutes associent le manque aux prises de risques sexuelles. La CPP leur apporte du plaisir, mais elles ne ressentent aucun plaisir sexuel avec le client. C'est même un cause d'amusement.

Module 2 : Implication des usagers et approche communautaire

II/Relations entre pratiques sexuelles et VIH/ Sida/ IST
Questions corrélées Est-ce que vous connaissez le sida et les IST ? Quelles sont les modes de contamination ? Quelles sont les risques de la CPP ? Comment on se protège ?
Hypothèse Les femmes ont des connaissances sur les modes de transmission et les moyens de prévention du VIH et des IST, mais très basiques.
Synthèse des échanges Elles connaissent le sida et les IST, comme les crêtes de coq, la chaude-pisse, la syphilis. Pour elles, le mode de transmission principal est le travail du sexe. Elles évoquent aussi l'injection comme mode de transmission du VIH. Pour se protéger, il faut mettre un préservatif. Mais les clients disent qu'ils ont moins de plaisir avec. D'autres clients au contraire, en ont toujours sur eux et les utilisent systématiquement. Elles connaissent le préservatif féminin mais ne l'ont jamais utilisé. Elles n'utilisent pas non plus de gel lubrifiant.
III/ Santé sexuelle
Question corrélée Quel est l'impact de la CPP sur votre santé sexuelle ?
Hypothèse La CPP influence la santé sexuelle et reproductive des femmes.
Synthèse des échanges Toutes les participantes ont des enfants. Toutes consommaient aussi de l'héroïne pendant leur grossesse, par inhalation. L'une d'entre dit que sa fille se collait à elle quand elle fumait pour inhaler la fumée. Toutes ont des troubles de la menstruation ou sont aménorrhées du fait de la consommation de produit.
IV/ Quelles activités pour les femmes au sein de l'unité fixe de l'ALCS Tétouan
Question corrélée Connaissez-vous l'unité fixe de l'ALCS? Quelles seraient vos attentes en termes de programme ?
Hypothèse Une permanence hebdomadaire ouverte exclusivement aux femmes correspondrait aux besoins des femmes CPP.
Synthèse des échanges Elles connaissent toutes l'unité fixe mais ne savent pas ce qu'elles peuvent y faire. Elles seraient enthousiastes à l'idée de se réunir en toute convivialité et sécurité, comme lors du focus-group, et propose que ce soit le mercredi. Elles proposent des activités de convivialité, des activités collectives comme faire la cuisine et partager le repas après.

2.2 Travaux du sous-groupe « Hommes UDI »

GRILLE D'ENTRETIEN ET SYNTHESE DES ECHANGES DU FOCUS-GROUPE « HOMMES UDI » DU MERCREDI 19 JUIN 7 participants tous UDI, âgés de 30 à 55 ans.
I/ Connaissances en matière de RDR
Questions corrélées Quelles sont vos connaissances des risques infectieux liés à l'injection ? Quelles sont vos stratégies de RDR ? Vous est-il arrivé d'échanger vos seringues ? Vous arrive-t-il de jeter vos seringues ?
Hypothèse Depuis la mise en place du projet, les connaissances des usagers en matière e RDR sont plus importantes. Mais il reste des lacunes à combler et ils ont besoins de supports de communication en RDR adaptés à la leurs pratiques.
Synthèse des échanges Ils savent que l'injection est une pratique risquée et qu'il vaut mieux changer de mode de consommation, c'est à dire fumer plutôt que s'injecter. Certains ont essayé mais ils sont revenus à l'injection car les effets psycho-actifs sont plus importants. Ils ont tous partagé leur seringue au moins une fois dans leur vie. Mais depuis l'instauration du kit d'injection à usage unique, ils ne le font plus. En revanche, ils continuent à partager le petit matériel (filtre, cupule…) et identifient mal les risques de contamination au VHC associés. Ils ont appris à décomposer l'injection en différentes étapes et tentent de respecter ce qui est requis en matière d'hygiène et de RDR pour chacune d'entre elle. Le principal risque identifié est celui du VIH et du VHC. Mais pour le VHC, les modes de contamination associés à l'injection sont moins bien identifiés, notamment en ce qui concerne le partage. Certains jettent ont l'habitude jeter leur seringues une fois utilisée.
II/ Vie sociale, discrimination
Questions corrélées Quel regard la société porte-elle sur vous ? Quelles discriminations subissez-vous ?
Hypothèse Les UDI sont victimes de discriminations particulières qui entravent leur santé.
Synthèse des échanges Le regard que la société porte sur eux est le plus souvent méprisant. Ils sont considérés comme des junkies, des hors-la-loi, ou des parias. Le mépris se manifeste souvent dans leur voisinage alors qu'ils essayent de s'intégrer. La police les arrête aussi pour le simple fait de posséder une seringue. Enfin , les pharmaciens refusent souvent de leur fournir des seringues et des médicaments alors qu'ils ont des ordonnances. La plupart se déclare aussi en rupture familial du fait de leur addiction. Ils se considèrent comme des citoyens de seconde zone. Leur vie telle qu'elle est ne leur convient pas et ont envie de changer. Ils proposent de créer une association d'auto-support et souhaite que l'ALCS les aide. Ils souhaitent également que l'association les aide à répondre à leur besoins de formation sur les maladies infectieuses, et organisent plus d'ateliers collectifs.

3. Conception de fiches technique (fiche-action)

CONSIGNES

Sur la base des informations récoltées durant les deux FG, les 2 mêmes sous-groupes réalisent une fiche technique de montage de projet selon 6 points principaux :
- Une analyse des besoins
- Les étapes de la construction du projet. Pour chaque étape, les participants interrogent la place des usagers dans le processus de construction
- Les moyens humains et matériels
- Le calendrier
- Les indicateurs quantitatifs et qualitatifs
Restitution, commentaires et validation des fiches techniques en grand groupe.

3.1 Travaux du sous-groupe « femmes usagères de drogue et TS »

	**Permanence hebdomadaire ouverte aux femmes au centre fixe**
FICHE TECHNIQUE 2013	
Niveau de mobilisation : SECTION DE TETOUAN	Programme référent : **RDR CPP/ UDI**

1) OBJECTIFS

Objectif Général : Implication, mobilisation des usagers autour du programme de RDR CPP, en les rendant acteurs de leur propre santé dans l'ALCS

Objectifs spécifiques : Mise en place d'une permanence hebdomadaire ouverte uniquement aux femmes au centre fixe.

2) ANALYSE DES BESOINS

- Prises de risques sexuelles liées à l'état de manque, et à la CPP en général
- Difficulté à négocier le préservatif avec le client
- Manque de connaissances de bases sur le VIH et les IST, que ce soit les modes de contamination ou les moyens de préventions
- Problèmes gynécologiques, manque de connaissances du corps, de la procréation
- Manque d'estime de soi
- Stigmatisation en tant que TS ET en tant qu'UD

3) CONSTRUCTION DU PROJET

ETAPES	PLACE DES USAGERS
1. Organisation d'un focus-groupe FEMMES : recueil et analyse des besoins	1. Recueil des attentes et des besoins des usagères
2. Fixer une permanence femmes au sein de l'unité fixe	2. les usagères choisissent le jour de la semaine qui leur semble plus adaptés
3. Programmer des activités hebdomadaires à l'unité fixe : - Ateliers collectifs qui visent l'information et la sensibilisation à la RDRS -Ateliers collectifs qui visent une plus grande connaissance du corps et de la procréation - Ateliers collectifs en partenariat avec des avec des avocats et/ou des ONG de défense des DH sur le droits des femmes et les violences liées au genre -Activités manuelles et conviviales, qui visent à créer une plus grande solidarité entre TS face aux discriminations, ou une meilleure estimes de soi (cuisine, couture, coiffure, esthétique, dessin) -Atelier théâtre : écrire une pièce de théâtre sur les violences, comme un support de plaidoyer.	3. Identifier des leaders communautaires sur lesquelles peuvent reposer les activités. Intégrer les usagers dans les réunions d'équipe une fois par mois Participation communautaire à la conception du programme Validation communautaire du programme Former les leaders à l'animation des ateliers Mobilisation des participantes sur le terrain par les leaders et les membres de l'équipe

4) MOYENS

Humains : L'équipe d'intervenants, les usagères, les soignants, les partenaires de la société civile

Matériels : Le local et les fournitures du local

5) CALENDRIER

Jusqu'au 30 septembre 2013 : montage du projet, élaboration du programme de la permanence « Femmes »
Du 30 septembre au 31 décembre 2013, lancement de la permanence et bilan intermédiaire. Modifications si nécessaire
Du 1er janvier au 31 décembre 2014 : poursuite de la permanence hebdomadaire, le mercredi de 15h à 19h
Atelier collectifs : 2 fois par mois

6) INDICATEURS POUR L'EVALUATION

Quantitatif :

Nombre d'usagères sensibilisées sur une année
Nombres de permanences à l'unité fixe sur une année
Nombre d'ateliers collectifs sur une année (idéalement 3 séances sur les droits de la femme, les 7 séances de travaux manuels)
Nombre de sorties par année pour mobiliser les usagères
Nombres de matériels de prévention distribués (préservatifs, lubrifiant, matériels de RDR CPP, brochures…)

Qualitatif :

Impact de la RDR et changement de comportement
L'adhésion des personnes dans le tissu associatif en tant qu'acteur
Compétences acquises par les usagères
Connaissance de leurs droits sociaux

3.2 Travaux du sous-groupe « Hommes UDI »



FICHE ACTION 2013

Niveau de mobilisation : SECTION DE TETOUAN

Création de supports de RDR pour les UDI

Programme référent : **RDR CPP/ UDI**

3) OBJECTIFS

Objectif Général : Implication, mobilisation des usagers autour du programme de RDR CPP, en les rendant acteurs de leur propre santé dans l'ALCS

Objectifs spécifiques : Création d'outils et de supports de RDR adaptés au contexte de l'UDI à Tétouan (flyers, videos, ateliers collectifs, affiches…) et comment les créer avec les usagers.

4) ANALYSE DES BESOINS

- Résistances aux changements de comportement (continuent à s'injecter malgré les risques)
- Partage du petit matériel = risques VHC !
- Manque de connaissances de bases sur les modes de contamination du VHC
- Programme d'échange de seringues pas systématiques
- Discrimination en tant qu'UD : voisinage, rupture familiale, accès à la santé

3) CONSTRUCTION DU PROJET

ETAPES	PLACE DES USAGERS
1. Organisation d'un focus-groupe : recueil et analyse des besoins	1. Recueil des attentes et des besoins des usagers
2. Conception des supports de RDR : flyers, vidéo, pièce de théâtre	2. L'implication des usagers dans la conception des supports de RDR
3. Conception et mise en place des ateliers de sensibilisation	3. Mobilisation des usagers dans les séances de sensibilisation par les pairs, animation des ateliers par les leaders
4. Création association auto-support	4. Ecrire les statuts de l'association

4) MOYENS

Humains : Usagers, intervenants, soignants, travailleurs sociaux

Matériels : 1 PC, 1 caméra, 1 micro, matériel divers pour la création des flyers, vêtements, accessoires et décor pour le théâtre

5) CALENDRIER

De juillet 2013 à décembre 2014

-Brochures : juillet-août 2013
-Vidéo: septembre-décembre 2013
-Pièce de théâtre : janvier-juin 2014
-Ateliers de sensibilisation : juillet-septembre2014

-Création de l'association d'auto-support : septembre-décembre 2014

6) INDICATEURS POUR L'EVALUATION

Quantitatifs

-Nombre de brochures distribuées par an (10000 pour 800 personnes idéalement)
-Nombre de projection de la vidéo par an (idéalement 48 projections par an)
-Nombre de représentation de la pièce de théâtre par an (idéalement 4 fois par an)
-Nombre de personnes sensibilisées (brochures + vidéos + ateliers + théâtre)

Qualitatifs

- Impact de la RDR et changement de comportement (Impact de la brochure, impact de la vidéo, impact des ateliers)
- Impact de la pièce de théâtre en termes de plaidoyer
- Investissement des usagers dans la conception des différentes activités
- Impact de la création de l'association auto-support

Module 3

COUNSELLING

ET

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

1. Les bases du counselling

- **PROJECTION DU POWERPOINT « Les bases du counselling »**

Diapo 1

Le counselling avec l'UDI

– Lien entre l'écoute et les principes d'action. (transformation sociale, empowerment, approche globale)

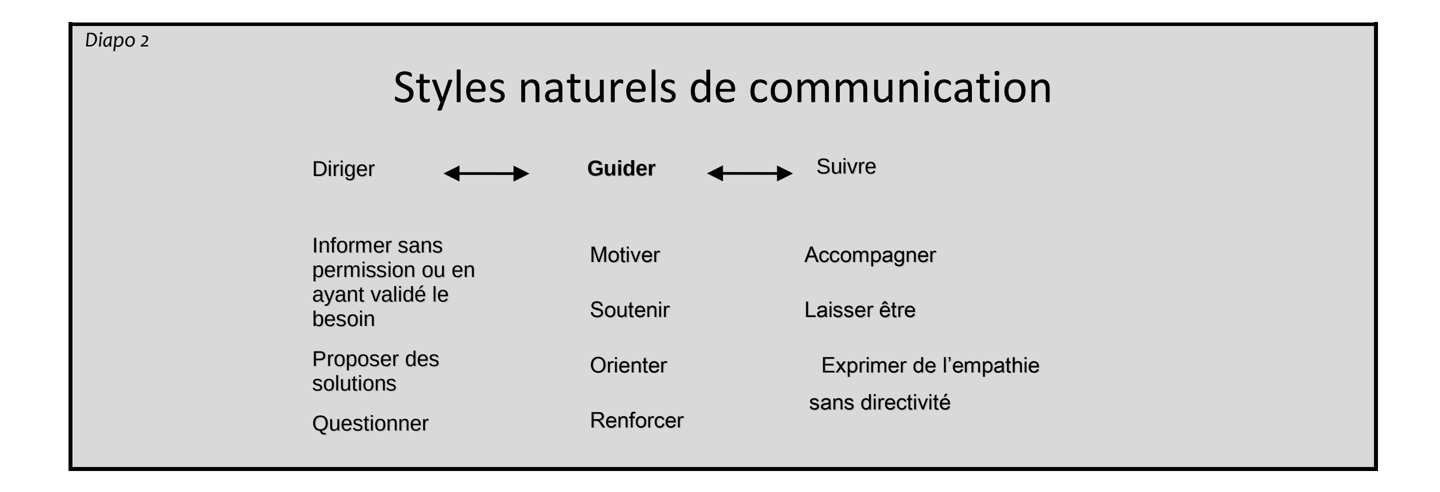
– L'écoute se fait dans un contexte de changement donc de counselling

– L'ambivalence devant le changement est « normale »

– Regard positif inconditionnel sur la personne

– Rôle de non expert.

– Le counselling augmente la motivation au changement et les capacités à le mettre en pratique.



Diapo 3

Quelle approche?

	« Traditionnelle »	Motivationnelle
UDI	Exécutant	Acteur
Intervenant de terrain	Expert	Guide « Coach »
Relation	Autorité Confrontation Prescription	Autonomie Collaboration Éducation

Diapo 4

L'ouverture à l'autre

- Attitude fondamentale dans la relation d'aide
- Regard positif inconditionnel
  - Montrer que nous tentons de comprendre la personne, de l'accepter dans sa totalité = approche globale
- Manifeste par les attitudes, langage verbal et non-verbal

Diapo 5

L'absence de jugement

- Favorise un lien de confiance
- Permet une plus grande authenticité, intégrité, un rapport franc
- Jugement obstacle majeur

– Freine les capacités à se prendre en main.

– Maintien dans un rapport de dépendance ou cause la fuite

Diapo 6

L'empathie

- Montrer sa compréhension de l'autre
- Abstraction de ses propres normes, sans pitié, mais en se centrant sur la réalité de l'autre
- En étant à l'écoute de ses besoins, en cherchant à comprendre son point de vue et en le reformulant

Diapo 7

Les impacts de l'empathie

- Augmente l'estime de soi
- Améliore la qualité de la communication
- Facilité l'expression de ses pratiques
- Facilite l'identification des ressources et des points faibles de la personne

Diapo 8

Les questions ouvertes

- Utiliser préférablement des questions ouvertes:
  - Permettent de mieux comprendre la perspective de la personne
  - Instaurer un climat d'acceptation et de confiance
  - D'être dans l'ouverture à l'autre
  - De recentrer sur l'intervention
  - D'orienter vers un objectif
- Encourage le partage
- La forme et le ton ne sont pas intrusifs
- Une liste de questions fermées:
  - A tendance à mettre la personne sur la défensive (jugements, subjectivité)
  - Les questions fermées donnent l'impression d'avoir plus de contrôle = « je suis l'expert, je sais tout »
  - Maintient la personne dans un rôle passif

Diapo 9

La clarification

- Clarifie la compréhension des propos de la personne
  - « Qu'entends-tu par là? »
  - « Parle-moi de tes pratiques….. »
  - « Est-ce que tu penses que ta pratiques est risquée… ?»

Diapo 10

La reformulation

- Permet de vérifier que l'on a bien compris donc que la personne se sente écoutée
- De recentrer l'intervention
- De reprendre son discours de manière plus concise
- D'approfondir sans jugement et sans confrontation
- De montrer que vous comprenez et acceptez les pratiques et le point de vue de la personne, sans la juger ou la critiquer.

Diapo 11

Résistance

« Quand je shoote, il n'y a pas toujours de container aux alentours »
« Ce n'est pas toujours évident d'avoir des seringues propres à portée de mains »
« En filtrant, on ne sent rien »
« La fume ne procure pas les mêmes sensations que l'injection »

→ Reprendre les propos en démontrant la contradiction

« D'un coté ce que je te propose ne semble pas vraiment te convenir et de l'autre tu te rends compte qu'il y a un réel problème. J'essaye de t'apporter un soutien »

Diapo 12

Lors de l'entretien

- Faire ressortir le discours-changement
  - Désir de changer
  - Capacités à changer
  - Raisons de changer
  - Besoin de changer
- Ce qui facilite l'engagement au changement : Questions pour susciter le discours-changement
  - Qu'est-ce qui t'inquiète dans tes pratiques actuelles?
  - Quels pourraient être les avantages de se changer de pratiques? (filtrer, chauffer, fumer…)
  - Quelles principales raisons vois-tu à réduire tes risques?

Diapo 13

Les quatre principes généraux

- Composer avec la résistance
  - Reconnaître son droit de ne pas se sentir prêt à changer
  - L'insistance risque d'enfermer l'entretien
- Être empathique et l'exprimer
- Valoriser les capacités de la personne en la rendant responsable de ses choix et actions
- Développer les bénéfices entre sa réalité et le comportement souhaité

Diapo 14

Pour y arriver…

- L'échelle de motivation
- Balance décisionnelle
- Questionner les conséquences

2. Mise en situation d'entretien motivationnel

CONSIGNES

Chaque participant crée sur un papier le profil d'un UD (son nom, son sexe, son âge, ses pratiques de consommation de produit, sa situation sociale, ainsi qu'une motivation et un frein à changement de comportement).
Ex. Malika, 45 ans, fume de l'héroïne, est femme de ménage, loue son appartement. Elle a peut que sa consommation ne l'empêche de garder son travail. Elle a aussi peur du sida. Elle souhaite obtenir un traitement de substitution mais Tétouan ne dispose pas encore de méthadone.

Chaque participant remet le profil qu'il vient de créer à son voisin de droite.
En trois sous-groupe, chaque participant joue à tour de rôle une personne accueillie selon le profil qu'on lui a remis, l'accueillant et l'observateur. A chaque fin d'entretien, l'observateur fait part au sous-groupe de ses observations en étant vigilant aux questions ouvertes, à la reformulation et à la clarification de l'accueillant vis-à-vis de l'accueilli.
Puis débriefing en grand groupe.
L'après-midi, lors des interventions de terrain, la consigne est de tenter d'appliquer les principes du counselling à l'épreuve de la réalité.



- **Retours des participants à l'issue des mises en situation et des sorties de terrain**

- « Les mises en situation sont à la fois très faciles et très difficiles. Il faut composer avec les résistances de la personne. Des fois la situation est bloquée. »

- « Mon accueilli était très agressif et exigeant… j'ai du aussi parlé de son état psychique en plus de la RDR »

-« C'est difficile d'à la fois mener l'entretien en étant vigilant aux pratiques de la personnes et à ce qu'elle raconte, tout en faisant des questions ouvertes. »

-« J’ai trouvé cet exercice très intéressant. Nous devrions le faire dans nos réunions hebdomadaires avec les cas les plus difficiles rencontrés dans la semaine. Mais le planning n’est consacré qu’aux actions de terrain, nous ne pouvons pas faire beaucoup d’analyse de la pratique. »
-« Dans la vraie vie, sur le terrain, le contexte est moins facile. On est parfois parasité par les personnes autour, le lieu peu propice aux entretiens comme les squats… On pense faire un bon entretien mais c’est difficile de le mener avec cet environnement. »
-« Lors d’une tournée, on n’a pas toujours le temps de bien avec les usagers parce qu’on doit faire un autre endroit avec d’autres usagers qui nous attendent. »

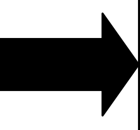
III. SYNTHESE DES EVALUATION DE L'ATELIER PAR LES PARTICIPANTS

- **Profil des participants**

2 femmes et 8 hommes agées de 33 ans en moyenne

- **Satisfaction générale (1. Très insatisfait → 6 Très satisfait.)**

Satisfaction générale	**5.25**
Contenus des modules	5
Rythme et succession des modules	**4.3**
Méthodes interactives et outils	4.75
Animation de la session	4.9
Vie de groupe	5.12
Conditions matérielles	4.9
Le module « accompagnement à l'injection »	5
Le module « counselling et mise en situation d'entretien»	4.9
Le module « approche et mobilisation communautaire autour d'un projet (focus-groupe)	5
	4.9/6



Globalement, l'atelier a répondu à vos attentes puisque vous attribuez la meilleure note à votre satisfaction générale. Il semble que l'atelier, qui s'est inscrit comme une parenthèse dans un contexte d'activités de terrain assez intense, ait contribué à donner un nouveau souffle à la cohésion de l'équipe qui a su se fédérer autour de l'objectif commun de réduction des risques envers les usagers de drogues. C'est pourquoi, vous attribuez également à la vie de groupe l'une des meilleures notes.
En revanche, comme cela a été mentionné à plusieurs reprises tout au long de ces 4 jours, le rythme de l'atelier était un peu trop intensif et le programme, dense. C'est le point le plus négatif que vous soulignez.

- **Objectifs des participants après l'atelier**

-Appliquer les nouvelles connaissances sur le terrain (X3)
-Faire partager mes nouvelles connaissances aux usagers (X2)

-Réaliser plus de focus-groupes avec les usagers
-Animer les focus-groupe avec des mots simples et accessibles, adaptés aux usagers

-Réaliser le kit de RDR CPP spécifique aux femmes
-Réaliser le support vidéo de RDR adapté à notre contexte

-Etoffer le projet UDI de Tétouan par d'autres actions pour améliorer le travail de l'unité et de l'équipe
-Faire en sorte que notre projet noue des partenariats avec d'autres associations (de défense des droits humains par exemple)

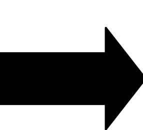
Vos objectifs après cet atelier tournent essentiellement autour de 4 thèmes :
-Appliquer vos nouvelles connaissances sur le terrain et en faire profiter els usagers
- impliquer les usagers dans le projet via l'organisation et l'animation de focus-groupes
-Réaliser des outils de RDR adaptés au contexte comme au public
-Enfin, il vous semble important de développer le projet via la diversification des activités ou le développement de partenariats

- **Les sujets à approfondir après l'atelier**

-Le couselling, les mises en situation d'entretien, la relation entre l'intervenant et l'usager (faire des études de cas suite à ce dont on a été confronté sur le terrain pour corriger nos erreurs. (X2)
-Le counselling : comment mieux communiquer avec les usagers dans les squats

-l'AAI (x2)

-Participer à une formation sur les soins primaires et les urgences (overdose) (X2)
-gérer les situations de crise ou de danger sur le terrain



3 thématiques ressortent aussi nettement quant à la suite à donner à l'atelier :
-Vous donnez beaucoup d'importance au counselling. Pour parvenir à mener des entretiens de qualité, les mises en situation inspirées de cas qui vous ont mis en difficulté sur le terrain vous semblent la bonne approche.
-L'accompagnement à l'injection, avec des modules plus concrets, pour mettre en place des ateliers collectifs par exemple (atelier de recherche de veines, groupe de parole femmes…)
-Pouvoir intervenir en cas de situation urgente vous semblent être une priorité, notamment si vous êtes confrontés à une overdose à la nécessité de dispenser des soins primaires.